様式第９（第３５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ×整理番号 |  |
| ×審査結果 |  |
| ×受 理 日 | 年　　　月　　　日 |
| ×許可番号 |  |

火薬類譲渡許可申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　　月　　日

　 札　幌　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（代表者）氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | |  |
| 事務所所在地（電話） | |  |
| 職業 | |  |
| （代表者）住所氏名（年齢） | |  |
| 火薬類の種類及び数量 | |  |
| 譲渡目的 | |  |
| 譲渡期間  （１年を超えないこと。） | | 自　　　　　　　年　　　月　　　日  　至　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 譲渡火薬類の所在場所 | |  |
| 譲渡の相手方 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

備考　１　この用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　×印の欄は、記載しないこと。